Das Labienödem im Wochenbett.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Gustav Kleßmann

approbierter Arzt aus Gütersloh i. Westf.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 23. 8. 1920.

Referent: Prof. Zangemeister.

MARBURG

Buchdruckerei von Joh. Hamel

1920.

Das Auftreten von Labienödem im Wochenbett soll im Folgenden an der Hand zahlenmäßiger Zusammenstellungen, die an dem Material der Marburger Frauenklinik gemacht wurden, sowohl in klinisch symptomatologischer Hinsicht wie in seinen ätiologischen Beziehungen behandelt werden. So wird im folgenden neben der Frage nach der Bevorzugung des Befallseins Erst- oder Mehrgebärender, nach dem Tage des Auftretens, ob der Verlauf mit oder ohne Fieber war, darauf eingegangen werden, welche Bedeutung dem bakteriologischen Befunde im Vaginalsekret beizumessen ist, welche Rolle den sonstigen Störungen im Wochenbett — wie putride Lochien und Endometritis puerperalis — zukommt, und inwiefern das Gewicht des Kindes, Verletzungen der Vulva, geburtshilfliche Operationen, innere Untersuchungen und die Dauer der Austreibungszeit von Einfluß auf die Entstehung von Labienödem sind. Zum Schluß wäre dann noch auf die Dauer seines Bestehens einzugehen.

In der Literatur findet sich über das Vorkommen von Labienödem außer 2 kurzen Angaben im Lehrbuch von Ohlshausen und Veit und in der „Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie“ von Sänger und v. Herff so gut wie nichts.

Wie schon der Name sagt ist das Labienödem lokalisiert auf den Bereich der Vulva und zwar pflegt es hauptsächlich eine Seite zu bevorzugen aber nicht auf die Labien einer Seite beschränkt zu bleiben.

Die Schwellung, die gewöhnlich auf einer großen Labie sitzt und seltener in gleichem Maße die kleine Labie mitbefällt, umgreift die Vulva gewöhnlich U-förmig von unten her. Die Gegend des Frenulum labiorum ist meist mitergriffen und es macht sogar fast stets den Eindruck, als ob rechts oder links neben dem Frenulum nach außen oben die Schwellung am stärksten und von hier als ihrem primären Herd ausgegangen sei. Die Labienschwellungen, beruhend auf hydropischer Basis, sind von unserer Betrachtung ausgeschlossen.

Genetisch wird das Labienödem an der Marburger Frauenklinik als Folgezustand der Infektion eines tiefsitzenden Scheidenrisses angesehen. Diese Scheidenrisse entstehen als sogenannte Zwickelrisse beim Einschneiden des Kopfes infolge der starken Längsdehnung der Scheide. Sie liegen quergestellt dicht hinter dem Frenulum labiorum und sind aufzufassen als der Beginn eines Vulvaabrisses, der allerdings dann durch den hinzutretenden Dammriß vermieden wird. Vergl. Zangemeister im „Centralblatt für Gynäkologie“, Jahrg. 1901, S. 801. Bei der Infektion eines solchen Zwickelrisses entsteht eine lokale Herdreaktion, die sich durch Schwellung kenntlich macht. Sie sitzt fast immer unterhalb des Scheidenrisses und trägt die Bezeichnung Labienödem.

Die zahlenmäßige Darstellung gründet sich auf die Angaben von 1201 Krankenblättern der Jahrgänge 1918, 1919 und der ersten Hälfte von 1920.

Von den 1201 Wöchnerinnen wurden 204 also 17% von einem Labienödem befallen, es tritt also rund in jedem 6. Wochenbett auf. In der Häufigkeit seines Auftretens bevorzugt es die Erstgebärenden, die 4,6 mal häufiger als Mehrgebärende daran er-

kranken und zwar tritt es in 82,4% der Fälle bei Erstgebärenden auf, was in der größeren Verletzlichkeit der noch nicht vordilatierten Weichteile Erstgebärender sowohl hinsichtlich Entstehung kleinerer Schrunden wie auch größerer Scheidenrisse seine Erklärung findet.

Zeitlich fällt das Auftreten von Labienödem in rund 80% der Fälle in die ersten 3 Tage unter Bevorzugung des 2. Tages, der allein 42% aufweist, also mehr als der 1. und 3. Tag zusammengenommen. Vom 6. Tage an sind nur noch 5% Erkrankungen an Labienödem nachzuweisen. Die Fälle von Labienödem, die schon am 1. Tage auftraten, dürften rein mechanisch als Folge der Contusionswirkung des kindlichen Kopfes auf die unteren Partien der Scheide und Vulva zu erklären sein, während die Erkrankungen vom 2. Tage an als Folge einer leichten lokalen Infektion der Verletzungen im untersten Scheidenabschnitt und an der Vulva aufgefaßt werden. So wird es auch verständlich, daß am 1. Tage die Erstgebärenden 6,4 mal häufiger befallen werden als Mehrgebärende, während wir doch sonst zu einer Durchschnittsverhältniszahl von 4,6 gelangt waren.

Bezüglich seines klinischen Verlaufs konnten wir feststellen, daß von den 204 Fällen mit Labienödem 168 = 82,4% vollkommen ohne Fieber oder nur mit leichten Temperatursteigerungen verliefen. Nur in 36 Fällen = 17,6% trat Fieber über 38° auf, das aber größtenteils in sonstigen Wochenbettskomplikationen seine Erklärung findet. Nur bei 11 von diesen Fällen — das wären 5,4% der Gesamterkrankungen an Labienödem oder rund bei jedem 20. Labienödem — müssen wir wohl das Fieber lediglich auf eine Infektion des hinter den Labien sitzenden

Schleimhautrisses, der andererseits ein Labienödem hervorrief, zurückführen. In diesen 11 Fällen waren die Temperatursteigerungen schon nach 3—4 Tagen verschwunden, woraus hervorgeht, daß das Labienödem selbst in seiner maximalen Erscheinungsform eine harmlose Erkrankung darstellt.

Wir gehen nunmehr dazu über, das Auftreten von Labienödem mit anderen Faktoren in ätiologischen Zusammenhang zu bringen und wenden uns zunächst dem bakteriologischen Befunde zu, der in 17,8% der Fälle ein steriles Resultat ergab, in 21,3% fand man hämolytische und in 60,9% anhämolytische Erreger. Das besagt, daß die nicht ganz harmlosen hämolytischen Erreger nur bei $^1/_5$ der Fälle auftraten, was uns wieder eine Erklärung für den gutartigen Verlauf des Labienödems gibt.

Andere Wochenbettstörungen traten nur bei rund 33% der an Labienödem erkrankten Wöchnerinnen auf, während die übrigen 67% ein sonst normales Wochenbett erlebten; aber im Vergleich zu den Fällen mit Wochenbettstörungen, die ohne Labienödem verliefen (21,7%), weisen die mit Labienödem relativ häufiger — um 12% mehr — Wochenbettsstörungen auf. So tritt z. B. die Endometritis puerperalis fast doppelt so häufig mit Labienödem kombiniert auf als ohne ein solches — 8,3% : 4,8% —, was ja an sich nicht schwer verständlich ist; denn, wenn es zu einer puerperalen Infektion kommt, so wird es aus demselben Grunde häufiger auch gleichzeitig zu der Infektion eines Schleimhautscheidenrisses und damit zum Labienödem kommen.

Was den Einfluß des Geburtsobjekts auf das Zustandekommen von Labienödem anbelangt, so geht aus der in meiner Arbeit angeführten Tabelle deutlich

hervor, daß das Labienödem an Häufigkeit mit steigendem Kindsgewicht zunimmt, was wieder mit einer Steigerung der Verletzungshäufigkeit zusammenhängen dürfte.

Nach den größeren Vulvaverletzungen — wie inkompletter und kompletter Dammriß und Episiotomie — trat nur in 30% der Fälle ein Labienödem auf. Dieser bei der hohen lokalen Infektionsmöglichkeit verhältnismäßig geringe Prozentsatz erklärt sich vielleicht daraus, daß in der Marburger Frauenklinik alle 3 Verletzungen ausnahmslos durch die Naht verschlossen werden und zwar je größer die Verletzung desto vollständiger. So wird beim kompletten Dammriß auch die Schleimhaut der Scheide mitgenäht, während sie beim inkompletten und der Episiotomie ungenäht bleibt. Vielleicht hat daher der komplette Dammriß in nur 20% der Fälle ein Labienödem im Gefolge, der inkomplette jedoch in 29,2% und die Episiotomie in 32,6% der Fälle.

Die geburtshilflichen Operationen zeigen einen verhältnismäßig geringen Einfluß auf die Entstehung von Labienödem. Nur in 12,8% der Fälle trat nach ihrer Ausführung ein Labienödem auf. Den höchsten Prozentsatz an Labienödem — 22,7% — hatte der Forceps zur Folge, eine Tatsache, die sich leicht daraus erklärt, daß bei dieser Operation Vulva und Vagina hinsichtlich Riß- und Contusionsverletzungen am stärksten in Mitleidenschaft gezogen sind.

Eine Begünstigung des Auftretens von Labienödem durch innere Untersuchung ergab sich nicht.

Bezüglich der Austreibungszeit, die bei 165 Wöchnerinnen mit Labienödem 100 und bei 32 Mehrgebärenden 66 Minuten im Durchschnitt betrug, konnte gegenüber den normalen Durchschnittswerten nur

eine geringe Verlängerung festgestellt und somit umgekehrt gefolgert werden, daß der Einfluß verlängerter Austreibungszeit auf die Entstehung von Labienödem nur ein geringfügiger ist.

Zum Schluß ist noch kurz über die Dauer des Labienödems zu sagen, daß es in über 73 % der Fälle in 5 Tagen verschwunden ist, daß es jedoch in Ausnahmefällen bis zu einer Dauer von 14 Tagen vorhanden sein kann.